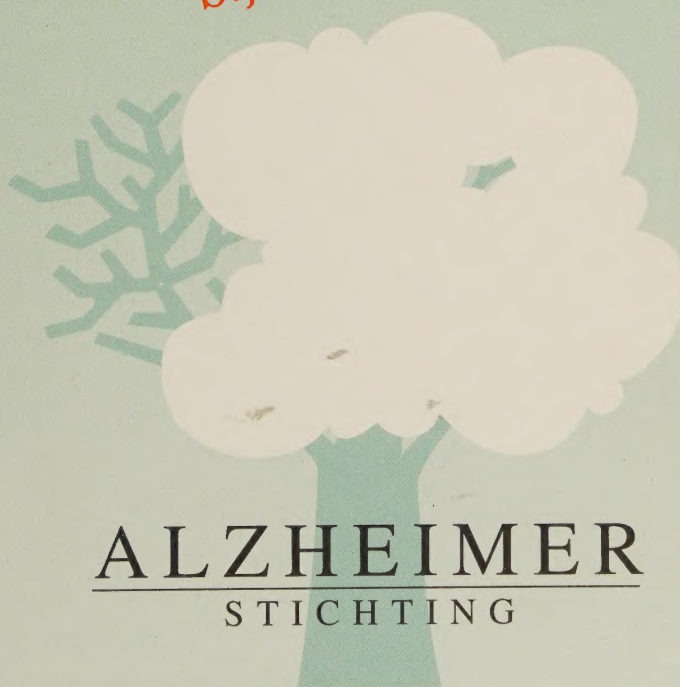


ACHTSTE ALZHEIMER SYMPOSIUM 1996

Dementie en aangenaam wonen
Nieuwe ideeën en toekomstvisies

30 maart 1996
Nieuwe Buitensociëteit, Zwolle

wij steunen
bij dementie



ALZHEIMER
STICHTING

Alzheimerstichting
Postbus 183
3980 CD BUNNIK
Telefoon: 030-6596285
Fax: 030-6596283

Vragen over dementie?
Alzheimertelefoon: 030-6567511
Dag en nacht bereikbaar

INHOUD

	blz
Voorwoord	5
Workshops - wie, wat, waar?	7
Wat is goede zorg?	9
Workshops	
1. Vasculaire dementie	11
2. Nieuw Beekvliet	13
3. Veilig en aangepast wonen thuis	15
4. Kleinschalige woonvormen voor ouderen met psychogeriatrische problematiek	19
5. Toekomstvisie voor wonen, zorg en welzijn	23
7. De Naber	25
H.W. ter Haar-penning	29
Met dank aan de sponsors	30
Kramen infomarkt	30
Alzheimerstichting en Alzheimer Verenigingen	31

Nederlands Instituut
voor Gerontologie
Informatie- & documentatiecentrum
Kaap Hoordreef 72
3563 AW Utrecht

10	
1	Introduction
5	Workshop - new, old, and
8	What is good?
	Workshop
11	1. Various elements
13	2. Many factors
15	3. Many and complex factors
17	4. Research and clinical
19	and developmental
21	5. Treatment and
23	6. The future
25	
28	11 W. for the
30	that can be
32	Research
35	Alzheimer's

Alzheimer's Disease
Symptoms and
Diagnosis

Alzheimer's Disease
Symptoms and
Diagnosis

Alzheimer's Disease
Symptoms and
Diagnosis

VOORWOORD

Dementie en aangenaam wonen?

De onderdelen in de titel van het achtste Alzheimer Symposium (tot 1993 Donateursdag geheten) lijken in tegenspraak met elkaar. Velen denken immers dat dementerende mensen in een verpleeghuis wonen. En wat is daar nou zo aangenaam aan?

Op dit Alzheimer Symposium hebt u kunnen zien dat op dit punt de feiten tegenwoordig vaak verrassend anders zijn.

De laatste jaren is op het gebied van wonen veel gebeurd.

Het bruist bij instellingen, familie, ouderenorganisaties, overheidsinstanties en bouwers als het gaat om creatieve ideeën op het gebied van seniorenhuisvesting in de meest brede zin van het woord. De basis van die ideeën is de behoefte van mensen om zolang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en als dat echt niet meer gaat de oude leefsituatie zoveel mogelijk in stand te houden. Zeker ook het overheidsbeleid is op dit punt een belangrijke stimulans geweest.

De ouderenbonden en de Stichting Experimenten Volkshuisvesting hebben zelfs een speciaal Seniorenlabel ontwikkeld voor woningen waarin ouderen, ook bij een slechte mobiliteit, langer dan voorheen kunnen blijven wonen. Er zijn gedachten geuit en studies gaande om te bezien of dit ook geldt als het gaat om dementerende mensen en hun partners.

Voor dementerenden die alleenstaand zijn of van wie de partner de zorg niet meer alleen aankan zijn intussen over het hele land verspreid kleinschalige woonprojecten ontwikkeld. Deze projecten hebben allerlei kenmerken met elkaar gemeen die voor de Alzheimerstichting in feite maatgevend zijn om de kwaliteit van een dergelijk project te beoordelen:

- a. Men woont in kleine groepen, waarbij de bewoners zoveel mogelijk worden betrokken bij het reilen en zeilen van het huishouden.
- b. Bestaande relaties worden zolang mogelijk in stand gehouden. De familie wordt intensief betrokken bij de dagelijkse zorg en heeft invloed op het woon/zorgbeleid.
- c. De leefeenheden benaderen de leefsituatie tot dan toe zoveel mogelijk met maximale ruimte voor individuele behoeften en wensen van de bewoners.
- d. De bewoner bepaalt door zijn functioneren in welke mate zorg wordt verleend. De organisatie past zich aan bij de bewoner en niet andersom.

Verpleeg- en verzorgingshuizen hebben al jaren geleden ingezien dat de grote 'woonkazernes' met uniforme regels en procedures niet meer aansluiten bij de wensen van deze tijd. Zij zijn in groten getale projecten gestart om bewoners zoveel mogelijk zelfstandig te laten zijn. Het gaat dan meestal om aparte woonunits op het terrein van de instellingen waar dementerende bewoners zijn ondergebracht.

Ook daar probeert men een woon- en zorgomgeving op te bouwen waarbinnen ruimte is voor een eigen leefritme en een huiselijke sfeer, met onder meer vertrouwd meubilair. Soms zelfs een wooneenheid die in vrijwel niets afwijkt van een gewone woning maar waar wel begeleiding en verzorging vanuit de zorginstelling worden geboden.

De Alzheimerstichting neemt die ontwikkelingen met genoegzaam waar. Steeds meer geven professionele verzorgers er duidelijk blijk van de wensen van bewoners en hun familie écht als uitgangspunt te nemen voor de projecten die men realiseert. Zij nodigen hen als het ware uit mee te blijven denken over hoe woon/zorgprojecten en verzorgings- en verpleeghuizen zo op hun 'thuis' blijven lijken.

Tegenwoordig zijn de bouwkundige aanpassingen van instellingen en het opzetten van nieuwe woonvormen voor dementerenden steeds meer gebaseerd op een breed gespreide discussie over kwaliteit van leven en van zorg. Die discussie heeft duidelijk gemaakt dat 'kwaliteit' in beginsel wel is vast te leggen in wetten, procedures, regels en voorzieningen; in werkelijkheid komt het simpelweg neer op een beleid van 'wat u niet wilt dat u geschiedt, doe dat ook een ander niet'. Ook dementerenden zijn individuen met karakters die jarenlang zijn gevormd en zich niet zomaar laten plooiën.

De Alzheimerstichting is ervan overtuigd dat dementerende mensen, hun verwanten en zeker ook de medewerkers van die projecten en instellingen zullen profiteren van deze positieve ontwikkelingen.

Vandaag hebben wij u voorbeelden laten zien van projecten die wellicht ook elders in het land navolging kunnen krijgen. Wij danken u hartelijk voor uw aanwezigheid op het Alzheimer Symposium.

Met vriendelijke groet,
namens het bestuur van de Alzheimerstichting,

Harry Crielaars,
directeur/secretaris.

WORKSHOPS - WIE, WAT, WAAR?

- Workshop 1** : **Vasculaire dementie**
inleiders : dr A. Hijdra, neuroloog AMC Amsterdam
dr J.U. Postma, gerontopsychiater
workshopleider : de heer R. Kamerling, verpleeghuisarts
zaal : grote zaal
- Workshop 2** : **Nieuw Beekvliet. Project voor dementerende ouderen, die uit een andere cultuur afkomstig zijn**
inleider : mevrouw E.J. van Gogh-van der Waard, directeur bejaardenoord Nieuw Beekvliet, St Michielsgestel
workshopleider : mevrouw I. van Milt-Bethlehem
zaal : zaal 13 + 14
- Workshop 3** : **Aanpassing van de woning thuis**
inleider : mevrouw S. van Bockel, ergotherapeute Eduard Douwes Dekkerhuis, Amsterdam-Noord
workshopleider : mevrouw drs I.G.M. Smoor
zaal : zaal 15 + 16
- Workshop 4** : **Kleinschalige woonvormen voor Ouderen met psychogeriatrische problematiek**
inleider : drs D.A. Bergvelt, programmabegeleider Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting
workshopleider : mevrouw drs I.M.C.D. Mies
zaal : zaal 11 + 12
- Workshop 5** : **Toekomstvisie van de zorg voor dementerenden (vooral voor beleidsmakers!)**
inleider : de heer drs E.K. Hoekstra, medewerker van AKTA, onderzoeks- en adviesbureau voor gebruikskwaliteit van leef- en werkruimte.
workshopleider : de heer ir N.R.A. Krekel
zaal : grote zaal
- Workshop 6** : **Presentatie van 'de Naber', een kleinschalig woonproject in Rotterdam, Ommoord**
inleider : mevrouw J.A. Ludwig, student beleid en management in de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, Rotterdam
workshopleider : mevrouw drs I.G.M. Smoor
zaal : zaal 13 + 14
- Workshop 7** : **Renovatie- en vernieuwbouw in verzorgingscentrum Flevohuis, Amsterdam**
inleider : mevrouw T. Cornelissen, directeur Flevohuis
workshopleider : mevrouw E. Scholte
zaal : zaal 11 + 12
- Workshop 8** : **herhaling workshop 3**
workshopleider : mevrouw drs I.M.C.D. Mies
zaal : zaal 15 + 16

WAT IS GOEDE ZORG?

Douwe van Houten

Hoogleraar Sociaal Beleid, Planning en Organisatie

Universiteit voor Humanistiek te Utrecht

Opzet

1. Inleiding
2. Goede zorg
3. De zorgmarkt
4. Zorg als proces
5. Zorg en het 'goede leven'

1. Inleiding

We zijn de laatste jaren steeds vaker over zorg gaan spreken, waardoor de term iets vanzelfsprekends heeft gekregen. Er wordt gesproken over zorgbeleid, zorginstellingen, zorgvoorzieningen, zorgminuten, mantelzorg, thuiszorg, kwaliteit van zorg. Nog niet zo lang spraken we over hulpverlening, behandeling, gezondheidszorg of welzijn. De eerste vraag is derhalve: wat verstaan we nu eigenlijk onder zorg, aan wat voor soort activiteiten denken we dan?

Als we op zoek gaan in wetenschappelijke encyclopedieën dan komen we al snel bedrogen uit. Noch binnen de sociologie, noch binnen de filosofie is het begrip 'zorg' opgenomen. We kunnen dan ook geen beroep doen op een theorie van de zorg. Wel wordt er op verschillende plaatsen de laatste jaren gewerkt aan het ontwikkelen van zo'n theorie. Ingewikkeld hierbij is dat zorg zowel binnen de eigen leefsituatie als binnen zorginstellingen wordt geleverd en in een aantal gevallen vallen beide samen, zoals in verpleeghuizen. Tenslotte is van belang dat veel zorg bij uitstek door vrouwen wordt geleverd, waarbij, naarmate de professionaliteit van de zorg toeneemt, het aandeel van mannen ook toeneemt.

2. Goede zorg

Laten we beginnen met een alledaagse vraag naar de kwaliteit van de zorg: 'zorg je wel goed voor jezelf?' Wat bedoelen we dan met 'goed'? Dat heeft te maken met aandacht besteden aan jezelf, met dingen doen die goed voor je zijn. Maar welke dingen zijn dat dan zoal? Voldoende nachtrust, verantwoord eten, een niet al te volle agenda, genoeg lichaamsbeweging. Deze zaken spreken wat voor zichzelf, maar wanneer zorg je nu echt goed voor jezelf?

Het wordt nog iets ingewikkelder als gevraagd wordt 'zorgen jullie wel goed voor elkaar?' Doen jullie wel die dingen die bijdragen aan 'het goede leven', aan een menswaardig bestaan. Nog een andere vraag: 'zorgen ze daar wel goed voor je moeder, of je broer?'. Nu gaat het om iemand die is opgenomen in bijvoorbeeld een verpleeghuis. Welke antwoorden verwacht je dan op zo'n vraag? Is dat aandacht, de kwaliteit van het eten, de kwaliteit van de behandeling of de bejegening? Het gaat hier om de kwaliteit van zorginstellingen. In de Kwaliteitswet wordt gesproken over verantwoorde zorg. Deze moet doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht zijn. Maar is dat dan ook goede zorg?

3. De zorgmarkt

In het spreken over kwaliteit van zorg doen zich vervreemdende ontwikkelingen voor. Als gesproken wordt over patiëntgerichtheid dan wordt gedacht aan tevreden klanten; klanten die geen klachten indienen. Maar in hoeverre kan iemand die afhankelijk is van zorg wel als klant worden beschouwd?

We zien binnen de zorgwereld een oprukkend marktdenken; er wordt gesproken van een zorgmarkt, van zorgprodukten en zorgconsumenten. Een dergelijke zorgtaal is niet vanzelfsprekend en er zijn redenen om aan te nemen dat de marktmetafoor eigenlijk gewoon een foute metafoor is.

Natuurlijk is het mooi als rekening wordt gehouden met de wensen van iemand die op zorg is aangewezen. Het persoonsgebonden budget is daar een goed voorbeeld van. Het gaat hier echter altijd om een begrensde vrijheid en niet om volstrekt autonome subjecten die binnen het contractdenken van de markt worden verondersteld.

4. Zorg als proces

Tegenover het beeld van zorg als produkt wordt hier uitgegaan van zorg als een relationeel proces, tussen zorgvrager en zorgdrager. Bij een dergelijke relatie gaat het niet om een economische transactie, zoals de marktmetafoor ons wil doen geloven. Zorg wordt niet afgenomen, maar ontvangen. In veel gevallen heeft deze relatie een duurzaam karakter. Aan een zorgrelatie kan een viertal morele dimensies worden onderscheiden: aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en ontvankelijkheid (ontleend aan Joan Tronto: *Moral boundaries. A political argument for an ethics of care*. Routledge, New York / Londen, 1993). Zorgrelaties worden hier niet als uitzonderingen verstaan; ze vormen een normaal onderdeel van het menselijk bestaan, ervan uitgaande dat dit bestaan altijd kwetsbaar is.

5. Zorg en het 'goede leven'

Zorg moet altijd gezien worden vanuit het perspectief van het 'goede leven'. Dit houdt in dat de kwaliteit van leven altijd vooraf gaat aan de kwaliteit van zorg. Als eerste gaat het om de vraag hoe de afhankelijkheid van zorg wordt opgenomen binnen de eigen biografie. Welke plaats neemt de zorgafhankelijkheid in en hoe wordt deze afhankelijkheid ervaren. Pas als tweede is de vraag aan de orde welk zorgaanbod het beste aansluit bij de ervaren zorgbehoefte. Hierbij moet ervoor gewaakt worden dat het aanbod niet zoveel plaats inneemt dat er in feite geen ruimte blijft voor een eigen leven, dat degene die zorg behoeft wordt gereduceerd tot zorgobject. Zorg is bedoeld om een menswaardig bestaan mogelijk te houden, hoe moeilijk het ook kan zijn deze menswaardigheid geloofwaardig te houden. Ook in geval van twijfel moet zoveel mogelijk worden geprobeerd de ander de ruimte te laten een eigen leven te leiden.

Workshop 1

VASCULAIRE DEMENTIE

Dr A. Hijdra en dr J.U. Postma

Dr A. Hijdra

De tekst van dr A. Hijdra is terug te vinden in de brochure 'Vasculaire dementie', welke voor f 8,- (inclusief verzendkosten) verkrijgbaar is bij de Alzheimerstichting.

Dr J.U. Postma

Net zoals alle andere organen in het lichaam zijn de hersenen aan veroudering onderhevig en dat brengt met zich mee dat de hersenen hun functie niet meer zo goed kunnen uitoefenen als in de decennia daarvoor. Dat betekent dat de gedachtengang minder snel verloopt en dat denkprocessen als bijvoorbeeld corrigeren, associëren en abstraheren moeilijker verlopen.

Oudere mensen maken soms een vergeetachtige indruk. Toch hoeft het geheugen dan niet gestoord te zijn; ze zijn alleen niet in staat om de gevraagde gegevens snel uit hun geheugen beschikbaar te maken. Zo zal ook het verwerken van nieuwe indrukken moeilijker verlopen en vooral ontstaan er problemen als meerdere gegevens tegelijk verwerkt moeten worden. Bovendien zal altijd de volle aandacht nodig zijn: met een half oor naar een verhaal luisteren en toch de quintessence ervan oppikken zal niet meer lukken. Dat de volle aandacht nodig is blijkt ook uit het feit dat men niet goed meer in staat is een gesprek te volgen als er geroezemoes van andere stemmen, of als er muziek is van een radio of televisieapparaat. De grote levenservaring en bedachtzaamheid geven ouderen een status van wijsheid en meerwaarde. Als in eenvoudige leefgemeenschappen een vergadering van dorpsoudsten wordt gehouden, wordt daarmee dan ook beslist niet een soort bejaardenso-ciëteit bedoeld.

Bij dementering, door welke oorzaak dan ook, is er niet alleen een tempoverlies, maar ook een functieverlies. Niet alleen het geheugen, maar bijna alle vroeger aangeleerde functies kunnen verloren gaan. Bij de ziekte van Alzheimer is de dementering een allesomvattend proces, waarbij er sprake is van een vrij langzaam, maar gestaag voortschrijdend proces. Zoals uit het vorig referaat al bleek is er bij de vasculaire dementie sprake van plotseling optredende ziektesymptomen, die vaak eerst enige tijd min of meer stabiel blijven en dan plotseling weer toenemen.

Bij het optreden van een stoornis in de hersendoorbloeding kan, afgezien van allerlei andere neurologische symptomen, een afasie optreden. Hoezeer de spraak van een patiënt dan gestoord kan zijn, hoe onbegrijpelijk en verward hij ook moge overkomen, dit hoeft beslist niet een teken van dementie te zijn. Integendeel zelfs; voor de overigens redelijk intacte patiënt met als een vrij lokaal defect de afasie, is het erg denigrerend te bemerken dat hij als enigszins ontoerekeningsvatbaar wordt beschouwd. Met enige nadruk wordt daar op gewezen, omdat bij de ziekte van Alzheimer ook afasie kan optreden, maar dan bijna altijd op een moment in het ziekteproces dat er al van aanzienlijke dementering sprake is. Bij de vasculaire dementie zijn er uiteraard dezelfde symptomen als bij andere dementieën. Belangrijk blijft het verschil dat hier, zeker in de beginstadia, nog grote delen van de hersenen op een gezonde wijze functioneren. Stapsgewijs nemen de symptomen in ernst en in aantal toe. Een duidelijk verschil is er ook bij de begeleidende psychische verschijnselen. Vaak al voordat het eerste infarct is opgetreden bemerkt men bij de patiënt een affectlabiliteit. Evenals bij achterdocht of agressief handelen is er ook hier, bij de emotiona-liteit, sprake van een ontremming. De patiënt herkent zelf deze labiliteit, vindt het wezens-

vreemd en geneert zich er voor. Veel minder dan bij de Alzheimerpatiënten is er sprake van duidelijke veranderingen in de persoonlijkheidsstructuur. De affectlabiliteit kan het karakter hebben van huilen dan wel van lachen, maar het eerste komt verreweg het meest voor. Het frequente huilen kan de indruk wekken van depressiviteit, maar die hoeft er niet te zijn. Uit een recent gepubliceerd onderzoek blijkt overigens nog eens dat depressies veel vaker voorkomen bij vasculaire dementie dan bij de ziekte van Alzheimer. In het laatste geval is er vaak sprake van bij de dementie ook voorkomende stoornissen in het gezichtsvermogen. Depressiviteit bij vasculaire dementie blijkt vooral samen voor te komen met problemen in de algemene lichamelijke gezondheidstoestand (net zoals bij niet dementerende bejaarden).

Problemen in de opvang in de eigen sociale omgeving van de patiënt komen, behalve uiteraard door de dementieverschijnselen, door de frequente optredende psychische begeleidende symptomen en door de neurologische (en soms ook nog intern-geneeskundige) ziektesymptomen. De laatste geven natuurlijk extra zorg aan de thuisverpleging, maar deze symptomen zijn ook een makkelijk aanknopingspunt voor de te verlenen zorg. De patiënt zal makkelijker hulp met bijvoorbeeld wassen accepteren als het hem moeilijk valt door een lichte verlamming, dan dat het alleen moet omdat hij het vergeet.

Bij de vasculaire dementie wisselen de symptomen van dag tot dag soms sterk in ernst wat o.a. samenhangt met vermoeidheid. Net zo min als bij de vaak overdreven aandoende uitingen van affectlabiliteit, is er sprake van aanstellerij.

Maak het de patiënt niet extra moeilijk door te laten merken, dat u daaraan dacht.

Patiënten zijn vaak erg gevoelig voor het oppikken van dat soort stemmingen in hun omgeving.

Zorg er als verzorger voor goed geïnformeerd te zijn en goed inzicht te hebben in de ziekte-toestand. Als u moeite hebt met het doorgronden van de symptomen, is het moeilijk er mee om te gaan.

In de meeste gevallen is het goed om het voorlichtende gesprek met de dokter samen met de patiënt te hebben, zodat die niet het gevoel krijgt dat er dingen over hem, maar buiten hem om, geregeld worden.

Dr. J.U. Postma, was destijds als gerontopsychiater werkzaam vanuit de Valeriuskliniek in Amsterdam en later het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' op een gerontopsychiatrische polikliniek in Amstelveen en als consulent in diverse verpleegtehuizen, het ziekenhuis in Amstelveen en de geriatrische afdeling van het ziekenhuis Sint Johannes de Deo in Haarlem. Na het bereiken van de VUT-gerechtigde leeftijd verhuisd naar Diepenveen.

Workshop 2

NIEUW BEEKVLIET

Mevrouw E.J. van Gogh-van der Waard

'Nieuw Beekvliet' is een bejaardenhuis voor Surinaamse ouderen. Het is ontstaan vanuit een opvangcentrum na de onafhankelijkheid van Suriname in 1975.

Een groep ouderen die niet in reguliere woningen geplaatst kon worden, heeft toen met medewerking van de gemeente Sint-Michielsgestel een verzoek ingediend bij (toen) CRM om een eigen woonvoorziening te realiseren.

Het opvangcentrum was ongeschikt voor de ouderen en voldeed niet aan de voorwaarden van een bejaardenhuis.

Er is toen veel overleg geweest met het ministerie en dit resulteerde in de opening van het nieuwe huis in februari 1988.

De ouderen hadden duidelijke wensen omtrent het wonen in een bejaardenhuis (het woord bejaardenhuis is in Suriname nogal omstreden, het is te vergelijken met het armenhuis uit vroeger tijden).

Zij wilden graag een eigen keuken, omdat eten een zeer belangrijke plaats inneemt in de Surinaamse cultuur. Een eigen douche en toilet, een moskee, een opbaarruimte voor de overledenen om deze met de eigen rituelen te kunnen begraven en een slachtruimte om rituelen rond het slachten (kippen) te kunnen uitoefenen. Overigens is de slachtruimte niet meer als zodanig in gebruik in verband met voorschriften omtrent hygiëne en de hoge leeftijd van de bewoners.

Het ministerie heeft ingespeeld op deze vragen en dit heeft als resultaat gehad dat de bewoners een appartement hebben met een keuken met drie elektrische kookplaten, eigen douche en toilet en een zit/slaapkamer.

De gangen in het huis zijn extra breed om de bewoners het gevoel te geven dat ze 'buiten' in de gangen kunnen zitten.

Het huis beschikt over een moskee, die ook een regionale functie heeft.

Door deze voorzieningen is het mogelijk om in te spelen op de culturele achtergrond van de bewoners. Het beleid is er altijd op gericht geweest om de bewoners tot het einde van hun leven in ons huis te laten blijven, ook als ze hulpbehoevend en/of dementerend worden. Juist dan is het zeer belangrijk dat de bewoners in de hun vertrouwde omgeving kunnen blijven.

Wij hebben sinds 2 jaar een substitutieproject met een naburig verpleeghuis die ons ondersteuning geeft in een huiskamerproject waar de zwaar zorgbehoevende en dementerende bewoners een dagprogramma wordt aangeboden.

Wij streven ernaar om zoveel mogelijk personeel uit de eigen doelgroep aan te trekken omdat juist bij deze laatste groep het gezamenlijke verleden en niet te vergeten de taal van zeer groot belang is. Tot nu toe zijn er in de acht jaar dat wij in dit huis wonen en werken slechts twee bewoners overgeplaatst naar een verpleeghuis.

Uw vragen en opmerkingen zal ik graag voor u beantwoorden.

E.J. van Gogh-van der Waard, Bejaardenoord 'Nieuw Beekvliet', Nieuw Beekvliet 7, 5272 CE Sint-Michielsgestel, telefoon 073-5513843 /44.

Workshop 3

VEILIG EN AANGEPAST WONEN THUIS

Mevrouw S. van Bockel

Dementie is een aandoening die in eerste instantie een verstoring geeft van geestelijke vermogens zoals geheugen en oriëntatie. Lichamelijke achteruitgang kan ook veroorzaakt worden door het proces van dementie maar ook door andere ziektes of algemene ouderdom.

Door de verschillende geestelijke en lichamelijke stoornissen kunnen dagelijkse handelingen in de woonsituatie steeds moeilijker en zelfs onveilig worden.

De demente oudere kan het beste functioneren in een logisch gestructureerde en bekende omgeving. Welke aanpassingen in deze omgeving geschikt en zinvol zijn is zeer persoonsgebonden en hangt af van de leefwijze en gewoontes van iemand. Tevens is van belang te weten welke lichamelijke en geestelijke functies gestoord of juist nog intact zijn.

Aanpassingen in verband met de geestelijke handicap

Problemen met oriëntatie in tijd:

Zorg dat een klok en kalender op een logische en goed zichtbare plaats hangen. Maak het lezen van een klok eenvoudiger door het weghalen van de secondewijzer of door te kiezen voor een klok met Arabische in plaats van Romeinse cijfers. Tevens bestaan er klokken met dagaanduiding of sprekende klokken.

Ook zijn er diverse dag- en weekkalenders in de handel. Welke kalender het best bij iemand past is een kwestie van uitproberen en oefenen. Wel moet ervoor gezorgd worden dat een kalender altijd de juiste dag of week aangeeft.

Problemen met de oriëntatie in de ruimte:

Aanduiding van de verschillende ruimtes in huis (toilet, slaapkamer, etc.) is mogelijk door gebruik van pictogrammen of tekst. Wat het beste werkt verschilt per individu.

Zorg in (keuken)kastjes voor een logische indeling en geef eventueel aan wat in welk kastje zit.

Problemen met het uitvoeren van handelingen:

Handelingen kunnen langer zelfstandig uitgevoerd worden als er een vaste volgorde bestaat, eventueel kan deze volgorde opgeschreven worden als geheugensteuntje.

Ook kunnen handelingen vereenvoudigd worden door aanschaf van handige gebruiksvoorwerpen zoals waterkoker of telefoon met geheugen.

Als een activiteit niet meer lukt kan overwogen worden een deel van de activiteit over te nemen of de activiteit samen uit te voeren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan kookactiviteiten of het spelen van spelletjes.

In een vroeg stadium van de ziekte is het vaak nog mogelijk om met diverse hulpmiddelen te leren omgaan. In een later stadium is de kans dat dit niet meer lukt groot.

Aanpassingen in verband met lichamelijke achteruitgang

Er zijn diverse aanpassingen mogelijk voor ouderen met een lichamelijke handicap. Variërend van een eenvoudige handgreep of verhoogd toilet tot verregaande aanpassingen zoals een traplift of zelfs hele verbouwingen.

Voor de demente oudere is het ook hier van belang dat de aanpassingen logisch en herkenbaar zijn. Een traplift of een opklapbaar douchezitje kunnen door de demente oudere als onherkenbaar worden beschouwd en daardoor niet worden gebruikt. Een simpele keuken- of tuinstoel in de douche kan dan functioneler zijn.

Een aantal aanpassingen is over het algemeen herkenbaar en vanzelfsprekend genoeg om gebruikt te worden. Bijvoorbeeld: drempels weghalen; verhoogd toilet; handgrepen in douche en toilet; stoel in de douche; antislip mat in de douche; extra trapleuning.

Veiligheid

Verschillende vormen van onveiligheid zijn te onderscheiden:

Valgevaar

Valgevaar kan veroorzaakt worden door lichamelijke achteruitgang, door verminderde opvangreacties bij wankelen maar ook door verlies van controle en overzicht over bewegingen.

Aanpassingen om het valrisico te verkleinen kunnen zijn:

- ▶ aanbrengen van goede verlichting (laat ook 's nachts een lampje branden)
- ▶ verwijderen drempels, losse kleedjes, wankelende stoelen of kastjes
- ▶ aanschaffen van handgrepen, een verhoogd toilet, hoge stoel met stevige armleuningen
- ▶ eventueel aanschaffen van een loophulpmiddel.

Ook hier is het van belang dat de demente oudere de aangebrachte voorziening kan herkennen en weet hoe hij ze moet gebruiken. Een looprekje kan bijvoorbeeld juist valgevaar opleveren als dit onjuist gebruikt wordt.

Brandgevaar

Gevaar voor brand kan in verschillende situaties ontstaan. Bijvoorbeeld tijdens roken, in de keuken of door kortsluiting. Verschillende denkstoornissen kunnen de oorzaak zijn van een brandgevaarlijke situatie.

Aanpassingen waardoor het risico op brandgevaar verkleind kan worden zijn:

- ▶ gasfornuis verwijderen
- ▶ kookplaatje met tijdschakelaar en/of waterkoker aanschaffen
- ▶ duidelijk zichtbare asbak aanschaffen (niet van glas)
- ▶ rookmelder aanschaffen
- ▶ geen bloemen/planten op de t.v. plaatsen in verband met water geven
- ▶ brandwerende meubelstoffen/kleding

Om de kans op verbranding door heet water te beperken kunnen er thermostaatkranen aangeschaft worden.

Onveiligheid door dwalen

Een andere vorm van onveiligheid ontstaat wanneer mensen gaan dwalen, overdag of 's nachts het huis uit lopen en de weg niet meer terug kunnen vinden.

Er bestaan verschillende alarmsystemen die waarschuwen wanneer iemand uit bed opstaat of een bepaalde deur door gaat. Dwalen kan hierdoor voorkomen worden.

Tevens kan het zinvol zijn te zorgen dat de dwalende persoon altijd een adres en telefoonnummer bij zich heeft (bv. in diverse jassen vast maken) en om de buurtbewoners en politie op de hoogte te brengen.

Regelingen en procedures voor de vergoeding van hulpmiddelen en aanpassingen

De kosten voor aanpassingen en hulpmiddelen kunnen soms aardig oplopen.

Een aantal voorzieningen wordt door de zorgverzekeraar vergoed via de AWBZ. Het betreft hier vooral hulpmiddelen voor de dagelijkse zorg zoals hoog/laagbedden, aangepaste stoelen, alarmsystemen, etc.

Elke zorgverzekeraar heeft een eigen pakket van voorzieningen en merken. Vooraf dient een aanvraag gedaan te worden, meestal via de huisarts. Pas na goedkeuring van de zorgverzekeraar wordt het gevraagde hulpmiddel besteld en vergoed.

Woningaanpassingen en vervoersvoorzieningen worden vergoed volgens de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Deze wet wordt uitgevoerd door de gemeente. Een aanvraag moet dan ook ingediend worden bij de betreffende gemeente. Aangezien iedere gemeente een andere procedure hanteert is het raadzaam vooraf informatie bij uw gemeente te vragen.

Wanneer aanpassingen/voorzieningen niet vergoed worden en de kosten te hoog worden kan mogelijk via Bijzondere Bijstand een tegemoetkoming verkregen worden. Bijzondere Bijstand wordt aangevraagd bij de Gemeentelijke Sociale Dienst.

Voor vragen of advies betreffende aanpassingen en voorzieningen voor een dementerende thuis kunt u het beste contact opnemen met (de afdeling ergotherapie van) een verpleeghuis bij u in de buurt. Soms bestaat er via een dagbehandeling of substitutieproject de mogelijkheid om een ergotherapeut bij u thuis te laten komen.

Saskia van Bockel, ergotherapeute Eduard Douwes Dekker huis, Amsterdam-Noord.

Workshop 4

KLEINSCHALIGE WOONVORMEN VOOR OUDEREN MET PSYCHOGERIATRISCHE PROBLEMATIEK

De heer drs D.A. Bergvelt

Psychogeriatrische problemen: positieve geluiden over begeleid groepswonen

De Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) is een onafhankelijke organisatie die met steun van het ministerie van VROM vernieuwingen in de volkshuisvesting stimuleert. Op het gebied van ouderenhuisvesting werkt de SEV ook samen met het ministerie van VWS. Beide departementen zijn geïnteresseerd in het langer zelfstandig wonen van ouderen.

De SEV heeft binnen het programma Diensten aan Huis contact met een klein aantal woonprojecten voor ouderen met psychogeriatrische problemen. Het gaat om mensen die moeilijk thuis kunnen blijven omdat ze vergeetachtig worden, zichzelf verwaarlozen of het stempel 'dement' krijgen.

Twee op de drie ouderen met psychogeriatrische problemen wonen gewoon thuis en meestal proberen de mensen die dit treft het gebruik van speciale voorzieningen zo lang mogelijk uit te stellen. Om ook bij verslechtering van het ziektebeeld thuis te kunnen blijven wordt op een gegeven ogenblik toch professionele zorg nodig. Dat kan beginnen met een vorm van dagbehandeling buitenshuis om de dagelijkse zorg voor de omgeving dragelijk te houden. Want in de praktijk betekent het 'gewoon' thuis blijven wonen een zware belasting voor de naasten. Bij ernstige psychogeriatrische problemen is intramurale opname in het verpleeghuis de standaardoplossing. Van de ruim 50.000 verpleeghuisbedden is de helft bestemd voor psychogeriatrische patiënten.

Tussen de klassieke intramurale opname en de ambulante dagbehandeling zijn vormen van begeleid wonen ontwikkeld. Kenmerkend voor de problematiek is immers, dat er behoefte ontstaat aan een zekere mate van toezicht. Vaak kunnen mensen alleen thuis blijven als er een partner is om te zorgen dat er geen ongelukken gebeuren. Specifieke woonvormen zijn er in enkele gevallen op gericht een nog bestaand huishouden in stand te houden door de gezonde partner extra steun te bieden. Meestal gaat het echter om het huisvesten van alleenstaanden in kleine groepen binnen een kleine cluster onzelfstandige wooneenheden.

Het is gebruikelijk hierbij te spreken van 'genormaliseerd wonen'. De term 'begeleid groepswonen' geeft beter aan waar het om gaat. Maar dan moet wel duidelijk zijn dat de afzonderlijke termen 'begeleid wonen' en 'groepswonen' hun eigen inhoud hebben. Begeleid groepswonen is iets anders dan het zelfstandige groepswonen van vitale ouderen. Anderzijds is er ook verschil met het begeleid zelfstandig wonen van mensen met een verstandelijke of psychische handicap. Dit laatste gebeurt namelijk in principe op individuele basis.

Een voorbeeld van een initiatief om bestaande gezinsverbanden langer bijeen te houden in een speciale woonvorm is De Groote Bueren in Enschede. Het gaat daar om een complex van 22 aanleunwoningen voor mensen waarvan de partner een psychogeriatrisch probleem heeft. Door toegespitste voorzieningen moet een veilig woonklimaat ontstaan waardoor de gezonde partner het samenleven met de verwarde echtgenoot langer vol kan houden.

Deze woonformule veronderstelt echter dat de problemen niet al te ernstig zijn en dat er een redelijk vitale partner is die nog een belangrijk deel van de zorg kan dragen. Het is de vraag of de groep die aan dit beeld beantwoordt groot genoeg is om een speciale woonvorm te rechtvaardigen. Een verhuizing is misschien niet aantrekkelijk wanneer men mogelijk slechts korte tijd samen kan blijven in de nieuwe woning. De ziekte kan immers snel verergeren. Verder is in veel gevallen de gezonde partner zelf hoogbejaard waardoor het vermogen tot mantelzorg afneemt. Een verhuizing voor verwarde mensen samen met hun partner zal dus niet vaak zinvol zijn. Des te dringender is de behoefte aan een nieuwe woonvorm voor alleenstaanden.

Er zijn diverse varianten van begeleid groepswonen, waarbij de variatie samenhangt met de ernst van de problematiek. In de relatief lichte projecten is er geen voortdurend toezicht, terwijl dat voor mensen met ernstiger aandoeningen wel nodig wordt. Bovendien treffen we de lichte projecten eerder aan in (verbouwde) gewone woningen, terwijl groepsopvang voor zwaardere gevallen meer te vinden is op het terrein van intramurale voorzieningen (bijvoorbeeld als aparte afdeling binnen een verzorgingshuis). Overigens fungeert ook bij de lichte projecten een verpleeghuis veelal als achtervang. Deze woonformule is gebaseerd op een beperkte hoeveelheid privéruimte in combinatie met gedeelde voorzieningen als huiskamer, keuken en sanitair. Een kleine groep kan zo binnen het oppervlak van een gewone woning worden gehuisvest.

Een voorbeeld van begeleid groepswonen is te vinden bij De Luwte in Havelte. Omdat vooral vrouwen op hogere leeftijd alleen achterblijven, leiden ook lichte vormen van dementie bij vrouwen al snel tot problemen. De Luwte is daarom speciaal bedoeld voor alleenstaande vrouwen. Het project is te vinden in een complex aanleunwoningen bij verzorgingshuis de Molenhof. Hier zijn twee woningen gereserveerd die plaats bieden aan maximaal vier bewoonsters. De dames kunnen zich desgewenst terugtrekken in een privéruimte, maar zij doen samen de huishouding. Zo ontstaat een soort gezinssituatie waarbinnen het dagelijkse ritme voorkomt dat het contact met de realiteit verloren gaat. De begeleiding van de bewoonsters berust bij de thuiszorg die drie gespecialiseerde krachten voor dit project beschikbaar heeft. Daarnaast is de inzet van familie en vrijwilligers belangrijk. De begeleiding in de Luwte is betrekkelijk licht: de thuiszorg is in principe alleen op cruciale momenten aanwezig, zoals bij het opstaan en naar bed gaan en rond de maaltijden.

De SEV kent ook projecten met een grotere inzet van beroepskrachten. Het vandaag gepresenteerde project De Naber in Rotterdam hoort tot die categorie. Als de bewoonsters ernstiger gedesoriënteerd zijn, wordt het nodig dat begeleiders een groot deel van de dag of zelfs voortdurend aanwezig zijn. De overeenkomst tussen dergelijke projecten is dat zij een zo normaal mogelijk leefpatroon proberen te handhaven waarbij iedereen naar vermogen meedoet in het huishouden. De vraag is nog in hoeverre begeleid groepswonen helpt het ziekteproces te vertragen. In ieder geval bestaat de indruk dat het nabootsen van een gezinssituatie een positieve invloed heeft. Ook lijkt het erop dat opvang 'in de wijk' de voorkeur verdient. In een normale omgeving blijven mensen meer op de realiteit georiënteerd. Als het project zo dicht mogelijk bij de oude woonplek is kunnen oude contacten blijven bestaan. Op deze manier voorkom je, dat mensen vervreemden van omgeving en wegzinken in passiviteit. Tot dusver worden projecten vooral als nieuwbouw gerealiseerd. De SEV wil stimuleren dat ook binnen de bestaande woningvoorraad meer mogelijkheden voor een dergelijke woonformule komen.

Workshop 5

TOEKOMSTVISIE VOOR WONEN, ZORG EN WELZIJN

De heer drs E.K. Hoekstra

In deze lezing worden de resultaten gepresenteerd van een studie van de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) naar wenselijke scenario's voor wonen, zorg en welzijn in het jaar 2015.

Doelgroep van de STAGG-studie

Ouderen die op basis van hun hulpvraag niet meer in hun eigen huis kunnen blijven wonen.

Centrale vraag bij het ontwikkelen van scenario's

Welke scenario's kunnen er ontwikkeld worden op stadsdeel- of dorpsniveau voor wonen, zorg en welzijn voor ouderen? Welke specifieke eisen zijn er voor de huisvesting van ouderen die op basis van hun hulpvraag niet meer in hun eigen huis kunnen blijven wonen?

Uitgangspunten bij het ontwikkelen van de scenario's

- de vraag van de oudere staat centraal
- voldaan moet worden aan behoeften aan privacy, zelfstandigheid en een goed leefklimaat
- integratie in de omgeving
- men zou zo min mogelijk moeten hoeven door verhuizen

Als *leidraad* voor de studie geldt dat wonen beschouwd moet worden als een eerste levensbehoefte. Wonen mag niet onnodig afglijden tot verblijven. Zorg en dienstverlening zijn afgeleide functies, die de functie van het wonen zo min mogelijk moeten aantasten.

Er zijn scenario's ontwikkeld voor een gebied van 10.000 inwoners (enkele dorpskernen of een stadswijk).

In 2015 zijn van de 10.000 inwoners 1.700 mensen ouder dan 65. Bij een vergaande substitutie zullen 90 van hen zoveel zorg, of zorg en toezicht behoeven, dat ze in de huidige situatie in het verzorgings- of verpleeghuis zouden worden opgenomen.

De STAGG heeft getracht voor deze doelgroep een alternatief uit te werken voor wonen, zorg en welzijn.

Daartoe is een *functionele onderverdeling* gemaakt van de componenten die gezamenlijk het begrip zorg en dienstverlening vormen. Onder het begrip dienstverlening vallen alle diensten die door derden aan ouderen geleverd worden, met uitzondering van de (para)-medische diensten. Deze worden gerekend tot de zorgfuncties. Voorbeelden van dienstverleningsfuncties zijn: aanbod van recreatieve en culturele activiteiten, boodschappendienst, hulp in de huishouding, dagstructurering en dagbesteding.

Onder zorgfuncties worden onder andere verstaan: alle vormen van lichamelijke verpleging en/of begeleiding bij psychische stoornissen, revalidatie en alarmopvolging.

Wanneer men zorg en dienstverlening vooral als een logistiek en organisatorisch probleem beschouwt, kan er een onderscheid gemaakt worden tussen:

- *haalfuncties*, die worden gehaald door de gebruiker
- *brengfuncties*, die worden gebracht door de aanbieder
- *interne functies*, die intern worden geleverd.

Wanneer deze redenering wordt doorgevoerd, leidt dit tot de *stelling* dat alleen (een deel van de) haalfuncties onder 'handbereik' van de betreffende ouderen moeten zijn. Brengfuncties kunnen van elders komen (afstand hangt samen met frequentie en de aard van de functie). Want wat is specifiek aan deze doelgroep?

- . dat ze vaak zorg nodig hebben
- . dat het meestal geen spectaculair ingewikkelde hulp is
- . dat een deel van hen bovendien toezicht behoeft
- . dat ze behoefte hebben aan diverse vormen van dienstverlening, deels op puur praktisch gebied (huishoudelijke hulp), deels op (psycho-)sociaal gebied. Het merendeel daarvan zijn 'brengdiensten'. De dienstverlening op sociaal gebied (ontmoetingsfunctie, culturele en recreatieve activiteiten) is grotendeels te beschouwen als haalfunctie. Deze moet dus onder handbereik zijn.

Dit alles leidt tot een *organisatorisch concept* dat bestaat uit de volgende elementen:

- *Activiteitencentra*: huisvesting van de haalfuncties, dagopvang, recreatie en cultuur, restaurant en café
- *Coördinatiepunt*: afstemming van vraag en aanbod, uitvalsbasis voor zorg- en dienstverlening, centraal loket
- *Zorgkruispunt*: huisvesting van 24-uurs zorg, ziekenboeg, klein medisch centrum
- *Zorgwoningen*: voor mensen die intensieve zorg nodig hebben, geclusterde zelfstandige woningen, geschikt voor twee volwassenen, bij voorkeur gekoppeld aan activiteitencentra
- *Groepswoningen*: voor mensen die 24-uurs zorg én toezicht behoeven, elke bewoner heeft een appartement (zit/slaapkamer, pantry, sanitair), daarnaast zijn er gemeenschappelijke voorzieningen (woonkamer, keuken, zorgpost), de groepswoning heeft zes bewoners, twee à drie woningen worden gekoppeld.

Het concept wordt vervolgens uitgewerkt naar een stedelijke en naar een plattelandsvariant.

Kenmerken van het scenario

- realisatie van een goed woon- en leefklimaat
- differentiatie in aanbod, keuzevrijheid voor bewoners
- kleinschaligheid
- flexibiliteit
- zorg- en dienstverlening is een logistieke en organisatorische opgave en is derhalve niet gekoppeld aan specifieke voorzieningen of gebouwen.

Drs. E.K. Hoekstra (1954), omgevingspsycholoog, is partner bij AKTA, onderzoeks- en adviesbureau voor gebruikskwaliteit van leef- en werkruimte. Dit bureau adviseert instellingen in de welzijnszorg en gezondheidszorg bij huisvestingsvraagstukken. Invalshoeken daarbij zijn de invloed die gebouw en omgeving uitoefenen op gedrag van mensen en de afstemming van gebouwen op behoeften van gebruikers en organisaties. Samen met zijn collega mevrouw I. van Liempd heeft hij de opzet, de begeleiding en de rapportage van de STAGG-studie 'verblijven of wonen, zorg voor ouderen' verzorgd. Hij heeft onderzoek verricht naar wensen en richtlijnen met betrekking tot de huisvesting van ouderen in verzorgingshuizen, chronische psychiatrische patiënten, beschermde woonvormen, multifunctionele eenheden in de psychiatrie en kinderdagverblijven.

Workshop 7

DE NABER

mevrouw A.J. Ludwig

Het beleid in de ouderenzorg richt zich enerzijds op zorgvernieuwing ten einde zorg op maat te leveren en anderzijds op een zo doelmatig mogelijke organisatie van de zorgverlening teneinde de kosten van de ouderenzorg meer beheersbaar te maken. Eén van de doelen van kleinschalige zorgvormen is om een betere aansluiting te vinden bij de individuele behoeften en wensen van de cliënten (zorg op maat). De Naber is een voorbeeld van een kleinschalige zorgvoorziening voor psychogeriatrische ouderen. De Naber is een complex waarin zich zes woningen bevinden. Het uitgangspunt bij de bouw van de woningen was dat er een zo groot mogelijke overeenkomst moest zijn met een 'normaal woonhuis'. De woning bestaat uit een woonkamer met een open keuken, zes zit/slaapkamers en twee badkamers (de woning is geheel gelijkvloers). De woonkamer is gezamenlijk ingericht met spullen van de bewoners. De zit/slaapkamers worden door de bewoner of zijn familie zelf ingericht. Van de zes woningen zijn er vijf bestemd voor dementerende ouderen en is één woning verhuurd aan verstandelijk gehandicapten die op leeftijd zijn. Verbindend element tussen de woningen is een glazen omgang, die toegang geeft tot een centraal gelegen binnentuin. Tevens is er een gemeenschappelijke recreatieruimte. Boven De Naber bevinden zich seniorenwoningen. De Naber is een vrijstaand complex maar ligt naast het verpleeghuis de Hofstee. Tussen De Naber en de Hofstee bestaat een goede samenwerking en beide organisaties vallen onder de Stichting Bejaardenhuizen der Hervormde Gemeente Rotterdam.

De Naber is in april 1995 van start gegaan. Vrijwel tegelijkertijd is gestart met een vooronderzoek naar De Naber. Dit vooronderzoek bestaat uit drie onderdelen:

- ▶ kwalitatief onderzoek naar de wijze van zorgverlening bij het groepswonen voor dementerende ouderen. Bijvoorbeeld wat er veranderd is voor de bewoners, het personeel en de familie.
- ▶ kwantitatief vergelijkend onderzoek naar de verandering in kenmerken van de bewoners van De Naber in vergelijking met een aantal bewoners uit de Hofstee. Dit zijn de meer meetbare kenmerken zoals de mate van hulpbehoevendheid, inactiviteit, enzovoort.
- ▶ economisch onderzoek naar de (veranderingen) in de kosten, naar hoogte en naar samenstelling, en de wijze van financiering (inclusief eigen bijdragen).

De bevindingen van dit vooronderzoek zijn vastgelegd in een onderzoeksverslag (Huijsman, 1995). In dit verslag wordt alleen (kort) ingegaan op wat het wonen in De Naber betekent voor de bewoners, de familie en de zorgverleners.

De bewoners

Wat de bewoners zelf vinden van het wonen in De Naber is moeilijk vast te stellen. De meeste bewoners zijn namelijk niet verbaal in staat om aan te geven wat ze van De Naber vinden. Om toch een beeld te krijgen werd aan familie en personeel gevraagd wat zij dachten dat de bewoners van De Naber vonden. Sommige familieleden gaven aan duidelijk een verandering te zien bij hun familielid. De bewoners zaten minder te slapen, maakte een gelukkiger indruk, onder andere omdat de bewoners meer lachten, ze beter eten en een aantal bewoners spraakzamer werd. Sommige bewoners reageerden duidelijker op de aanwezigheid van familie terwijl ze dat in het verpleeghuis niet meer deden.

In De Naber is geen sprake van een strakke tijdsplanning. Er bestaat geen vaste dagindeling. De bewoners moeten, net als in een verpleeghuis, geholpen worden met het opstaan en het eten, maar de bewoners bepalen zelf wanneer en hoe dit gebeurt. Als een bewoner wil uitslapen of nog even in de pyjama rond wil lopen is dit de keuze van de bewoner en niet van de groepsleider. Men is ook minder aan vaste tijdstippen gebonden, zoals vaste toiletronden en vaste tijden voor het opdienen van het eten, omdat men zoveel mogelijk op de woning zelf doet en dus bijvoorbeeld niet afhankelijk is van een tijdsplanning van de centrale keuken. In De Naber wordt door iedere woning zelf de maaltijd bereid, en bepaald men dus zelf het tijdstip van koken en eten.

Een aantal bewoners kan (weer) helpen bij het bereiden van de maaltijd terwijl een ander alleen toekijkt. Maar ook kijken heeft een positief effect, de bewoners reageren namelijk op de prikkels die ontstaan door het koken. Men ruikt bijvoorbeeld dat er gekookt wordt en krijgt daardoor trek om te eten. Er waren bewoners die in het verpleeghuis alleen nog appelmoes en pap aten en in De Naber weer een volledige maaltijd gebruiken.

In het algemeen kan gezegd worden dat er voor de bewoners veel is veranderd. Een voorbeeld daarvan is het activiteitsniveau. De bewoners worden gestimuleerd om deel te nemen aan bepaalde activiteiten. Dit gebeurt voor een deel bewust door mensen uit te nodigen maar ook onbewust doordat bepaalde prikkels aanwezig zijn.

Een andere verandering is dat de privacy van de bewoners groter is dan in het verpleeghuis. De bewoners hebben een eigen kamer waar ze zich te allen tijde in terug kunnen trekken.

Bij bepaalde groepen ontstaat duidelijk een groepsproces. Als ze bijvoorbeeld aan tafel zitten en één van de bewoners is er niet wordt gevraagd waar de bewoner is. Ook al kennen de bewoners elkaar niet bij naam weten ze toch heel goed wie er op de woning woont en wie niet. Het gebeurt ook regelmatig dat als er een bewoner van een andere woning komt, hij weggestuurd wordt met de mededeling: 'Jij woont hier niet ga maar naar je eigen huisje.'

De familie

Over het algemeen is de familie zeer enthousiast over het wonen van hun familielid in De Naber. Men vindt de sfeer in De Naber aangenamer en merkt ook aan hun familielid dat die zich prettiger voelt. De familie denkt dat dit komt door de kleinschaligheid, het werken met kleine groepen en de huiselijke omgeving. Er is meer persoonlijk contact tussen de bewoners, familie en het personeel. De familie vindt het plezieriger om op bezoek te komen omdat het gemoedelijker is. In het verpleeghuis werd het familielid vaak meegenomen naar het restaurant om maar zo min mogelijk op de afdeling te zijn. In De Naber blijft men op de woning. Men komt niet vaker op bezoek maar als men op bezoek komt blijft men meestal langer. Ook het contact met de andere bewoners en hun familieleden neemt toe. Als familie op bezoek komt zetten ze vaak zelf een kopje koffie of thee. Men drinkt dan vaak met zijn allen een kopje thee en heeft niet alleen aandacht voor het eigen familielid. De participatie van familie wisselt echter wel sterk per woning, er zijn ook woningen waar nauwelijks bezoek komt.

Het personeel

Per woning is één groepsleider aanwezig. De groepsleider krijgt 's ochtends ongeveer een uurtje hulp van een groepsassistent. Daarnaast is er per groep een schoonmaakster die ongeveer twee uur per dag aanwezig is. De groepsleiders geven aan het een uitdagende

werkomgeving te vinden. Ze geven aan dat ze het prettig vinden dat ze meer aandacht aan de mensen kunnen besteden en meer op de wensen en de noden van de bewoners kunnen ingaan. Dit is mogelijk omdat ze dicht bij de mensen staan en dus beter zien wat de mensen willen, maar ook omdat ze meer tijd hebben doordat ze zich niet aan een strakke tijdsplanning hoeven te houden. De groepsleiders moesten in het begin wennen aan de toegenomen zelfstandigheid en de daarmee toenemende verantwoordelijkheid. Dit betekende namelijk een uitdagende werkomgeving maar tegelijkertijd ook een behoorlijk zware belasting. Tot nu toe is het personeel in staat gebleken om aan de zorgbehoeften van de bewoners te kunnen voldoen. Een interessante vraag voor verder onderzoek is of bij een toenemende zorgzwaarte van de bewoners dit ook het geval zal blijken te zijn. Dit is een vraag die bij vele betrokkenen leeft, wat is de ideale groepsgrootte qua bewoners en qua personele bezetting.

Conclusie

Het onderzoek maakt aannemelijk dat het groepswonen in De Naber voor een grote groep dementerende ouderen, die nu normaal gesproken in een psychogeriatrisch verpleeghuis verblijft, een aantrekkelijk alternatief is, dat tegen aanzienlijk lagere kosten, maar een hogere eigen bijdrage leidt tot een aanzienlijk betere kwaliteit van leven.

Huisman, R., A.J. Ludwig, De Naber: groepswonen voor dementerende ouderen, Rotterdam: iBMG/iMTA, 1995.

Voor verdere inlichtingen: De Naber, Pres. Rooseveltweg 22, 3068 TR Rotterdam, telefoon 010-4219333.

H.W. TER HAAR-PENNING

De penning, ontworpen en gemodelleerd door Rudy Augustinus, wordt uitgereikt aan personen of groepen die zich hebben ingezet voor de optimalisering van de zorg voor dementerenden. De penning is ingesteld door de Alzheimerstichting en is op 25 maart 1988 voor de eerste maal uitgereikt aan de heer en mevrouw Ter Haar voor hun jarenlange inzet voor de ouder wordende, geestelijk gehandicapte mens.

De tweede keer werd de penning overhandigd aan mevrouw Th. J. Veldhuyzen van Zanten-Roest van Limburg bij haar afscheid als bestuurslid van de Alzheimerstichting in 1992. Mevrouw Van Zanten heeft als voorzitter op wervende wijze gezorgd voor naambekendheid van de Alzheimerstichting.

In 1994 werd tijdens het Alzheimer Symposium de penning voor de eerste keer uitgereikt tezamen met een geldprijs van f 2.500,-, die ter beschikking werd gesteld door de firma Hoechst BV. Het Eindhovense project 'Vrijwillige thuishulp' van Het Rode Kruis was de gelukkige winnaar.

In 1995 ontving het project 'Vrijwilligers en dementie gemeente Groningen' uit handen van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Erica Terpstra, penning en prijs.

Tijdens het Alzheimer Symposium 1996 in Zwolle worden penning en prijs uitgereikt aan directie en medewerkers van de sociowoningen in de Dapperbuurt en de Vrolikhuizen in Amsterdam-Oost voor de bijzondere wijze waarop zij in hun kleinschalige woonprojecten de demente ouderen een veilig en vertrouwd thuis bieden. Bijzonder, omdat in de Dapperbuurt al sinds 1989 de bewoners werkelijk centraal staan in de organisatie.

MET DANK AAN DE SPONSORS

Een Symposium kost naast tijd ook veel geld. Zeker als het de bedoeling is later dit jaar een brochure uit te geven over het Symposium-onderwerp. Gelukkig zijn er altijd wel bedrijven of fondsen die de Alzheimerstichting tegemoet willen komen in die kosten. Dit jaar mochten we ten behoeve van het Alzheimer Symposium op de gulle steun rekenen van:

- Stichting Laméris Foundation
- NV Nederlandse Gasunie
- Sony
- Centraal Beheer BV

KRAMEN INFOMARKT

- Alzheimerstichting
- Alzheimer Vereniging Almelo
- Alzheimer Vereniging Arnhem
- Alzheimer Vereniging Achterhoek
- Uitgeverij INTRO
- Stichting Toch Uit
- Verpleeghuis Hogeweij
- Stichting Validation
- Centrum Techniek voor en door ouderen
- Logeerhuis voor dementerende ouderen Den Bosch
- Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners

Workshop 6

FLEVOHUIS, DE GOOIJER, VROLIKHUIZEN

Mevrouw drs J.A. Hermans

Tekst van de sheets welke gebruikt zijn bij deze workshop

sheet 1

Genormaliseerde ouderenzorg: meer kwaliteit voor minder geld!

sheet 2

Veranderingen

1. Maatschappelijk

- . vergrijzing
- . emancipatie
- . zelfstandig thuis blijven
- . onbetaalbare voorzieningen

sheet 3

2. Instellingen

- . klanten willen andere kwaliteit (leegstand)
- . financiers willen andere kwaliteit
- . medewerkers willen andere kwaliteit

sheet 4

3. Flevohuis

- . buurtgericht (wijkfuncties)
- . zorg op maat
- . verbetering woon/leefklimaat
- . extramuralisering (substitutie en wijkzorg)
- . doelmatigheid/doeltreffendheid
- . nieuwe zorgvisie

sheet 5

Vertaling naar de toekomst:

- . afbreken traditionele institutie
- . nieuwbouw - met scheiding van wonen - zorgbehandeling en dienstverlening
- . nieuwe flexibele organisatie
- . bewoners/patiënten worden klanten
- . diensten flexibel los van muren (de wijk in)

sheet 6

Financiering:

A. Vrolikhuizen:

- . woongebouw = volkshuisvesting
- . eigen bijdrage wonen/huishouden
- . zorg = AWBZ (zorgvernieuwingsfonds)

sheet 7

B. Nieuwe Flevohuis:

- . woningen = volkshuisvesting
- . kliniek en groepswonen = AWBZ
- . dienstencentrum en gezondheidscentrum = AWBZ - WBO - subsidie gezondheidscentra

ALZHEIMERSTICHTING EN ALZHEIMER VERENIGINGEN

Naast de landelijke bekende Alzheimerstichting zijn op initiatief van de Alzheimerstichting sinds 1988 bijna 26 regionale Verenigingen 'Vrienden van de Alzheimerstichting' opgericht in Nederland.

De meeste activiteiten van regionale/lokale Alzheimer Verenigingen zijn onder andere:

- ▶ het verzorgen van informatie en voorlichting;
- ▶ het opzetten van bezoek/oppasdiensten;
- ▶ het behartigen van de belangen van de doelgroep.

- | | |
|--|---|
| • Alzheimer Vereniging Almelo | • Alzheimer Vereniging Dordrecht en omstreken |
| • Alzheimer Vereniging Oost-Veluwe | • Initiatiefgroep Zuidhollandse Eilanden |
| • Alzheimer Vereniging Achterhoek | • Alzheimer Vereniging 'Rond de Schelde' |
| • Alzheimer Vereniging Arnhem en omstreken | • Alzheimer Vereniging West-Brabant |
| • Initiatiefgroep Nijmegen en omgeving | • Alzheimer Vereniging Stadsgewest Breda |
| • Alzheimer Vereniging Rivierenland | • Initiatiefgroep Alzheimer Vereniging Midden Brabant |
| • Alzheimer Vereniging Amersfoort en omstreken | • Alzheimer Vereniging Noord Oost Noord-Brabant |
| • Alzheimer Vereniging Zeist en omstreken | • Alzheimer Vereniging regio Eindhoven en de Kempen |
| • Alzheimer Vereniging Stad Utrecht | • Alzheimer Vereniging Noord-Limburg |
| • Alzheimer Vereniging Gooi en omstreken | • Alzheimer Vereniging Midden-Limburg |
| • Alzheimer Vereniging Noord-Holland-Noord | • Alzheimer Vereniging Westelijke Mijnstreek |
| • Alzheimer Vereniging Zuid-Holland Noord | • Alzheimer Vereniging Heuvelland |
| • Alzheimer Vereniging Rotterdam | • Alzheimer Vereniging Oostelijk Zuid-Limburg |

